



## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE DECEDEE PAR UN AYANT DROIT

(Article L1111-7 du code de Santé Publique)

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt. Pour ce faire, vous devez impérativement être un ayant droit du défunt. L'ensemble des informations contenues dans le dossier médical peut être consulté ou transmis. Toutefois, il ne vous est pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble de ces informations. Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d'éventuels frais de copies, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez accéder.

**Veillez compléter ce formulaire et le retourner à l'attention de :**

**Direction - Centre Hospitalier de Montceau - BP 189 - 71307 Montceau les Mines**

**DEMANDEUR :** Je soussigné(e)  Madame  Monsieur  
 Nom : ..... Nom de naissance .....  
 Prénom : .....  
 Né(e) le : ...../...../.....  
 Adresse complète : .....  
 Numéro de téléphone (obligatoire) : ...../...../...../...../.....  
 Adresse Mail : .....@.....

**Agir en qualité d'ayant droit :**  Conjoint  Enfant  Frère/sœur  Père/Mère  
 Autres parents : à préciser .....  Autres : à préciser .....

**CONCERNANT :**  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Né(e) le : ...../...../..... Décédé(e) le : ...../...../.....

**Les AYANTS DROITS n'ont accès qu'aux seules informations nécessaires à l'objectif qu'ils poursuivent**  
*(Conformément à l'arrêt du Conseil d'Etat du 26 septembre 2005)*  
**Il ne peut y avoir de communication intégrale du dossier médical.**

**Pour le ou les motif(s) suivant(s) (conformément à l'article L.1110-4 du code de la Santé Publique)**

- Connaître les causes de la mort**
- Défendre la mémoire du défunt :** Vous devez impérativement préciser en quoi la mémoire du défunt est attaquée, *(sur papier libre cas échéant)* : .....
- Faire valoir un droit :** Vous devez préciser quel droit vous souhaitez faire valoir, *(sur papier libre cas échéant)* : .....

**MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER (copies) :**

- Je viendrai retirer moi-même le dossier\*
- Consultation sur place - je serai :  seul(e)  accompagné(e) d'une tierce personne
- Envoi des copies à mon domicile personnel
- Envoi des copies au médecin (précisez ses noms, adresse et n° tél) : .....

La production et l'envoi des copies seront facturés au demandeur comme suit :

Prix unitaire copie	0.18€
Prix unitaire copie CD ROM (pour la reproduction d'imagerie)	2.75€
Envoi postal, en recommandé avec avis réception	Tarif de la Poste en vigueur

**Vous recevrez un Titre de Recette qui sera à régler directement auprès du Trésor Public**

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

- Copie d'une pièce d'identité officielle du demandeur en recto verso, *(sauf permis de conduire)*.
- Certificat de décès
- Fournir justificatifs de votre qualité d'ayant droit *(copie livret de famille, acte notarié, certificat d'hérédité, contrat particulier,....)*

Fait à ..... Le ...../...../..... Signature du demandeur :

**\*Tout dossier non récupéré 1 mois après sa mise à disposition par le service qualité vous sera envoyé en recommandé avec avis de réception à vos frais**

J'ai été averti : - que la réalisation des copies et de l'envoi en recommandé avec accusé de réception me seront préalablement facturés - que le délai pour un dossier médical de moins de 5 ans est de 8 jours ouvrables, et peut atteindre 2 mois pour un dossier datant de plus de 5 ans (date de dernière hospitalisation)

**Toute demande non complétée 2 mois après l'envoi du formulaire sera considérée comme annulée**